

Departamento del Trabajo y Servicios a la Familia del Estado de Ohio  
**SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE CUIDADO DE MENORES**

Si usted está trabajando, en capacitación o en la escuela, el Departamento del Trabajo y Servicios a la Familia podría pagarle parte de los costos de cuidado infantil. Su elegibilidad estará basada en su ingreso bruto mensual y el tamaño de su familia. Cada mes usted tendrá que pagar una parte del costo del cuidado de menores.

Para que su solicitud esté completa, usted debe presentar documentos actuales de 30 días de TODAS las fuentes de ingreso de TODOS los miembros de su hogar, como sueldos, bonos, beneficios de jubilación, compensación por desempleo, intereses, dividendos, propinas, pensión alimenticia, soporte de niños recibido, beneficios OWF, e ingreso por trabajo independiente. Además, también debe documentar el número de horas de cuidado de niños solicitado. La solicitud debe firmarse y fecharse.

Inicial

Re-determinación

**Sección I INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE Y DE INGRESO**

Nombre del solicitante ( <i>apellidos, nombres</i> )	Apellidos de soltera o de matrimonio anterior
--	---

Fecha de nacimiento ( <i>mes, día, año</i> )	Número de seguro social*
--	--------------------------

Número de teléfono en casa	Número de teléfono en el trabajo	Número de teléfono celular
----------------------------	----------------------------------	----------------------------

Dirección de residencia (se requiere calle y número)	Ciudad	Estado	Cód. postal	Condado
--	--------	--------	-------------	---------

Dirección postal (*si es diferente al de arriba*)

Contacto para emergencia (*nombre y teléfono*)

Estado civil     Casado     Divorciado     No casado     Separado

¿Alguna vez ha recibido beneficios de cualquier Departamento del Trabajo y Servicios a la Familia del condado?

Sí     No    Si "Sí", ¿de qué tipo y cuál es su número de caso?

Estampillas de alimentos     Cuidado de niños     Medicaid     PRC     OWF    Número de caso

¿Cuál es la fecha más reciente en la que recibió dichos beneficios?

Raza (*marque "S" o "N" para cada grupo*)

S    N	S    N	S    N
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Afro-americana/Negra	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Blanca

Nativo de Alaska/Indio americano      Nativo de Hawai/Islands del Pacífico

Grupo étnico (*marque "S" o "N"*)

S    N  
  Hispano/Latino

Idioma que habla si es distinto al inglés

¿Tiene usted título universitario de dos años o de cuatro años?     Sí     No

¿Tiene algunas horas de créditos universitarios?     Sí     No    Si "Sí", ¿cuántas?

Nombre de la escuela y título obtenido	Fecha de graduación
--	---------------------

¿Ha recibido alguna capacitación vocacional?     Sí     No    Si "Sí", ¿cuál es el área de capacitación?

\*El número de seguro social es opcional y se usará para la administración del programa de cuidado infantil financiado con fondos públicos del estado de Ohio.

¿Cuántos de sus niños necesitan cuidado de niños?			
¿Hay un adulto (de 18 años o más) que viva con usted que podría cuidar a su(s) niño(s) mientras usted trabaja, asiste a la escuela o se está capacitando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si "Sí", dé aquí el nombre de dicha persona			
¿Qué parentesco tiene esta persona con usted (madre, hermana, esposo, amigo, etc.)?			
¿Recibe usted alguna manutención de menores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si "Sí", dé el nombre de cada niño para el que recibe manutención de menores y la cantidad por mes.			
Dé el o los nombres de cualquier padre/madre ausente			
¿Paga usted manutención de menores por un niño que usted no cuida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si "Sí", ¿cuánto por mes?			
¿Recibe usted algún ingreso de fuentes como el Seguro Social (SSA o SSI), beneficios de desempleo, beneficios por discapacidad, compensación al trabajador, beneficios de jubilación/pensión, ingreso por renta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si "Sí", identifique la fuente y la cantidad mensual			
<b>Sección II NECESIDAD DE SERVICIOS PARA EL SOLICITANTE</b>			
<b>Empleo del solicitante</b>			
Nombre y dirección del empleador		Fecha de inicio	Salario
Nombre del supervisor		Frecuencia de pago	
Número de teléfono			
<b>Días de trabajo</b> <i>(Marque todos los que se apliquen)</i>		<b>Horario de trabajo</b>	
<input type="checkbox"/> Lunes	Inicio _____ Fin _____	Inicio _____ Fin _____	
<input type="checkbox"/> Martes	Inicio _____ Fin _____	Inicio _____ Fin _____	
<input type="checkbox"/> Miércoles	Inicio _____ Fin _____	Inicio _____ Fin _____	
<input type="checkbox"/> Jueves	Inicio _____ Fin _____	Inicio _____ Fin _____	
<input type="checkbox"/> Viernes	Inicio _____ Fin _____	Inicio _____ Fin _____	
<input type="checkbox"/> Sábado	Inicio _____ Fin _____	Inicio _____ Fin _____	
<input type="checkbox"/> Domingo	Inicio _____ Fin _____	Inicio _____ Fin _____	
<b>Escuela del solicitante</b>			
Nombre y dirección de la escuela		Fecha de inicio	
Persona contacto		Número de teléfono	
<b>Días de escuela</b> <i>(Marque todos lo que se apliquen)</i>		<b>Horario de la escuela</b>	
<input type="checkbox"/> Lunes	Inicio _____ Fin _____	Inicio _____ Fin _____	
<input type="checkbox"/> Martes	Inicio _____ Fin _____	Inicio _____ Fin _____	
<input type="checkbox"/> Miércoles	Inicio _____ Fin _____	Inicio _____ Fin _____	
<input type="checkbox"/> Jueves	Inicio _____ Fin _____	Inicio _____ Fin _____	
<input type="checkbox"/> Viernes	Inicio _____ Fin _____	Inicio _____ Fin _____	
<input type="checkbox"/> Sábado	Inicio _____ Fin _____	Inicio _____ Fin _____	
<input type="checkbox"/> Domingo	Inicio _____ Fin _____	Inicio _____ Fin _____	
Fecha estimada de graduación			

**Capacitación vocacional del solicitante**

Nombre y dirección del establecimiento de capacitación	Fecha de inicio
--	-----------------

Persona contacto	Número de teléfono
------------------	--------------------

<b>Días de capacitación</b> <i>(Marque todos los que se apliquen)</i>	<b>Horario de capacitación</b>			
<input type="checkbox"/> Lunes	Inicio _____	Fin _____	Inicio _____	Fin _____
<input type="checkbox"/> Martes	Inicio _____	Fin _____	Inicio _____	Fin _____
<input type="checkbox"/> Miércoles	Inicio _____	Fin _____	Inicio _____	Fin _____
<input type="checkbox"/> Jueves	Inicio _____	Fin _____	Inicio _____	Fin _____
<input type="checkbox"/> Viernes	Inicio _____	Fin _____	Inicio _____	Fin _____
<input type="checkbox"/> Sábado	Inicio _____	Fin _____	Inicio _____	Fin _____
<input type="checkbox"/> Domingo	Inicio _____	Fin _____	Inicio _____	Fin _____

Fecha estimada en que se completará la capacitación

**Sección III COMPOSICIÓN DEL HOGAR**

¿Cuántas personas viven en su casa? \_\_\_\_\_ Ponga su nombre primero, luego los de las otras personas que viven con usted, incluyendo todos los niños, aun los niños que no necesitan cuidado de niños.

Nombre	Parentesco con el niño	Parentesco con usted	Fecha de nac.	Sexo M/F	Número de Seguro Social *	Trabajo Sí o No	Capacitación Sí o No	Escuela Sí o No

Empleo del segundo cuidador			
Nombre y dirección del empleador		Fecha de inicio	Salario
Nombre del supervisor		Número de teléfono	
Días de trabajo <i>(Marque todos los que se apliquen)</i>		Horario de trabajo	
<input type="checkbox"/> Lunes	Inicio _____ Fin _____	Inicio _____ Fin _____	
<input type="checkbox"/> Martes	Inicio _____ Fin _____	Inicio _____ Fin _____	
<input type="checkbox"/> Miércoles	Inicio _____ Fin _____	Inicio _____ Fin _____	
<input type="checkbox"/> Jueves	Inicio _____ Fin _____	Inicio _____ Fin _____	
<input type="checkbox"/> Viernes	Inicio _____ Fin _____	Inicio _____ Fin _____	
<input type="checkbox"/> Sábado	Inicio _____ Fin _____	Inicio _____ Fin _____	
<input type="checkbox"/> Domingo	Inicio _____ Fin _____	Inicio _____ Fin _____	
Escuela del segundo cuidador			
Nombre del proveedor de capacitación vocacional			Fecha de inicio
Persona contacto			Número de teléfono
Días de capacitación <i>(Marque todos los que se apliquen)</i>		Horario de la escuela	
<input type="checkbox"/> Lunes	Inicio _____ Fin _____	Inicio _____ Fin _____	
<input type="checkbox"/> Martes	Inicio _____ Fin _____	Inicio _____ Fin _____	
<input type="checkbox"/> Miércoles	Inicio _____ Fin _____	Inicio _____ Fin _____	
<input type="checkbox"/> Jueves	Inicio _____ Fin _____	Inicio _____ Fin _____	
<input type="checkbox"/> Viernes	Inicio _____ Fin _____	Inicio _____ Fin _____	
<input type="checkbox"/> Sábado	Inicio _____ Fin _____	Inicio _____ Fin _____	
<input type="checkbox"/> Domingo	Inicio _____ Fin _____	Inicio _____ Fin _____	
Capacitación vocacional del segundo cuidador			
Nombre del proveedor de capacitación vocacional			Fecha de inicio
Persona contacto			Número de teléfono
Días de capacitación <i>(Marque todos los que se apliquen)</i>		Horario de la escuela	
<input type="checkbox"/> Lunes	Inicio _____ Fin _____	Inicio _____ Fin _____	
<input type="checkbox"/> Martes	Inicio _____ Fin _____	Inicio _____ Fin _____	
<input type="checkbox"/> Miércoles	Inicio _____ Fin _____	Inicio _____ Fin _____	
<input type="checkbox"/> Jueves	Inicio _____ Fin _____	Inicio _____ Fin _____	
<input type="checkbox"/> Viernes	Inicio _____ Fin _____	Inicio _____ Fin _____	
<input type="checkbox"/> Sábado	Inicio _____ Fin _____	Inicio _____ Fin _____	
<input type="checkbox"/> Domingo	Inicio _____ Fin _____	Inicio _____ Fin _____	

### Sección IV ¿Quién necesita cuidado de niños?

(Llene una página para CADA niño que necesita cuidado de niños)

1. Nombre del niño		<b>Raza</b> <i>(marque "S" o "N" para cada grupo)</i>  <table style="margin: auto; border: none;"> <tr> <td style="padding-right: 10px;">S</td> <td>N</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	S	N	<input type="checkbox"/>	<b>Grupo étnico</b> <i>(marque "S" o "N")</i>  Hispano/Latino  <table style="margin: auto; border: none;"> <tr> <td style="padding-right: 10px;">S</td> <td>N</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	S	N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
S	N																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
S	N																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
¿Va el niño a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Grado																		
De _____ a _____ = _____ (hrs.)																			
Nombre de la escuela																			
¿Necesita el niño transporte hacia/de la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																			
¿Tiene su niño alguna necesidad especial? Si es así, por favor descríbala:																			
Indique abajo su elección de proveedor(es) para cada día y las horas de cuidado solicitadas. Si usted está usando sólo un proveedor para todos los horarios solicitados, puede indicar el nombre del proveedor sólo una vez. Usted <u>debe</u> claramente mostrar cuál proveedor está solicitando para cada día y horario.																			
<b>Días y horario de cuidado</b>	<b>Nombre y dirección del proveedor para el niño #1</b>																		
Lunes De ____ a ____ De ____ a ____																			
Martes De ____ a ____ De ____ a ____																			
Miércoles De ____ a ____ De ____ a ____																			
Jueves De ____ a ____ De ____ a ____																			
Viernes De ____ a ____ De ____ a ____																			
Sábado De ____ a ____ De ____ a ____																			
Domingo De ____ a ____ De ____ a ____																			

2. Nombre del niño		<p style="text-align: center;"><b>Raza</b> (marque "S" o "N" para cada grupo)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>S</p> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>N</p> <input type="checkbox"/> Afro-americana/Negra  <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/Indio americano  <input type="checkbox"/> Asiática  <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Islands del Pacífico  <input type="checkbox"/> Blanca </td> </tr> </table>	<p>S</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>N</p> <input type="checkbox"/> Afro-americana/Negra <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/Indio americano <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca	<p style="text-align: center;"><b>Grupo étnico</b> (marque "S" o "N")</p> <p style="text-align: center;">Hispano/Latino</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">S</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">N</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	S	N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>S</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>N</p> <input type="checkbox"/> Afro-americana/Negra <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/Indio americano <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca								
S	N								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
¿Va el niño a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Grado								
De _____ a _____ = _____ (hrs.)									
Nombre de la escuela									

¿Necesita el niño transporte hacia/de la escuela?  Sí  No

¿Tiene su niño alguna necesidad especial? Si es así, por favor descríbala:

Indique abajo su elección de proveedor(es) para cada día y las horas de cuidado solicitadas. Si usted está usando sólo un proveedor para todos los horarios solicitados, puede indicar el nombre del proveedor sólo una vez. Usted debe claramente mostrar cuál proveedor está solicitando para cada día y horario.

Días y horario de cuidado	Nombre y dirección del proveedor para el niño #2
Lunes De ____ a ____ De ____ a ____	
Martes De ____ a ____ De ____ a ____	
Miércoles De ____ a ____ De ____ a ____	
Jueves De ____ a ____ De ____ a ____	
Viernes De ____ a ____ De ____ a ____	
Sábado De ____ a ____ De ____ a ____	
Domingo De ____ a ____ De ____ a ____	

3. Nombre del niño		<p style="text-align: center;"><b>Raza</b> (marque "S" o "N" para cada grupo)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">S</td> <td style="width: 50%; border: none;">N</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Afro-americana/Negra</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/Indio americano</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Asiática</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Islands del Pacífico</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Blanca</td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <p style="text-align: center;"><b>Grupo étnico</b> (marque "S" o "N")</p> <p style="text-align: center;">Hispano/Latino</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">S</td> <td style="width: 50%; border: none;">N</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="width: 30%; border: none;">¿Va el niño a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 20%; border: none;">Grado</td> <td colspan="2" style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border: none;">De _____ a _____ = _____ (hrs.)</td> <td colspan="2" style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border: none;">Nombre de la escuela</td> <td colspan="2" style="border: none;"></td> </tr> </table>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">S</td> <td style="width: 50%; border: none;">N</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Afro-americana/Negra</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/Indio americano</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Asiática</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Islands del Pacífico</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Blanca</td> </tr> </table>	S	N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Afro-americana/Negra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/Indio americano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Islands del Pacífico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Blanca	<p style="text-align: center;"><b>Grupo étnico</b> (marque "S" o "N")</p> <p style="text-align: center;">Hispano/Latino</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">S</td> <td style="width: 50%; border: none;">N</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	S	N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Va el niño a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Grado			De _____ a _____ = _____ (hrs.)				Nombre de la escuela			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">S</td> <td style="width: 50%; border: none;">N</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Afro-americana/Negra</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/Indio americano</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Asiática</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Islands del Pacífico</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Blanca</td> </tr> </table>	S		N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Afro-americana/Negra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/Indio americano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Islands del Pacífico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Blanca	<p style="text-align: center;"><b>Grupo étnico</b> (marque "S" o "N")</p> <p style="text-align: center;">Hispano/Latino</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">S</td> <td style="width: 50%; border: none;">N</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	S	N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
S	N																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Afro-americana/Negra																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/Indio americano																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asiática																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Islands del Pacífico																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Blanca																															
S	N																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
¿Va el niño a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Grado																															
De _____ a _____ = _____ (hrs.)																																
Nombre de la escuela																																

¿Necesita el niño transporte hacia/de la escuela?  Sí  No

¿Tiene su niño alguna necesidad especial? Si es así, por favor descríbala:

Indique abajo su elección de proveedor(es) para cada día y las horas de cuidado solicitadas. Si usted está usando sólo un proveedor para todos los horarios solicitados, puede indicar el nombre del proveedor sólo una vez. Usted debe claramente mostrar cuál proveedor está solicitando para cada día y horario.

Días y horario de cuidado	Nombre y dirección del proveedor para el niño #3
Lunes De ____ a ____ De ____ a ____	
Martes De ____ a ____ De ____ a ____	
Miércoles De ____ a ____ De ____ a ____	
Jueves De ____ a ____ De ____ a ____	
Viernes De ____ a ____ De ____ a ____	
Sábado De ____ a ____ De ____ a ____	
Domingo De ____ a ____ De ____ a ____	

4. Nombre del niño		<p style="text-align: center;"><b>Raza</b> (marque "S" o "N" para cada grupo)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">S</td> <td style="width: 50%;">N</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Afro-americana/Negra</td> <td style="width: 50%;">Nativo de Alaska/Indio americano</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Asiática</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nativo de Hawai/Islas del Pacífico</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Blanca</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">S</td> <td style="width: 50%;">N</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	S	N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Afro-americana/Negra</td> <td style="width: 50%;">Nativo de Alaska/Indio americano</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Asiática</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nativo de Hawai/Islas del Pacífico</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Blanca</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Afro-americana/Negra	Nativo de Alaska/Indio americano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asiática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nativo de Hawai/Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blanca	<input type="checkbox"/>	<p style="text-align: center;"><b>Grupo étnico</b> (marque "S" o "N")</p> <p style="text-align: center;">Hispano/Latino</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">S</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">N</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	S	N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">S</td> <td style="width: 50%;">N</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	S		N	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Afro-americana/Negra</td> <td style="width: 50%;">Nativo de Alaska/Indio americano</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Asiática</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nativo de Hawai/Islas del Pacífico</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Blanca</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Afro-americana/Negra	Nativo de Alaska/Indio americano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asiática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nativo de Hawai/Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blanca	<input type="checkbox"/>																
S	N																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Afro-americana/Negra	Nativo de Alaska/Indio americano																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Asiática	<input type="checkbox"/>																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Nativo de Hawai/Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/>																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Blanca	<input type="checkbox"/>																																		
S	N																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
¿Va el niño a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Grado																																		
De _____ a _____ = _____ (hrs.)																																			
Nombre de la escuela																																			

¿Necesita el niño transporte hacia/de la escuela?  Sí  No

¿Tiene su niño alguna necesidad especial? Si es así, por favor descríbala:

Indique abajo su elección de proveedor(es) para cada día y las horas de cuidado solicitadas. Si usted está usando sólo un proveedor para todos los horarios solicitados, puede indicar el nombre del proveedor sólo una vez. Usted debe claramente mostrar cuál proveedor está solicitando para cada día y horario.

Días y horario de cuidado	Nombre y dirección del proveedor para el niño #4
Lunes      De ____ a ____ De ____ a ____	
Martes       De ____ a ____ De ____ a ____	
Miércoles    De ____ a ____ De ____ a ____	
Jueves       De ____ a ____ De ____ a ____	
Viernes      De ____ a ____ De ____ a ____	
Sábado       De ____ a ____ De ____ a ____	
Domingo     De ____ a ____ De ____ a ____	

5. Nombre del niño		<b>Raza</b> <i>(marque "S" o "N" para cada grupo)</i>  S                    N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Afro-americana/Negra <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/Indio americano <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Blanca	<b>Grupo étnico</b> <i>(marque "S" o "N")</i>  Hispano/Latino  S                    N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Va el niño a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Grado		
De _____ a _____ = _____ (hrs.)			
Nombre de la escuela			

¿Necesita el niño transporte hacia/de la escuela?     Sí                     No

¿Tiene su niño alguna necesidad especial? Si es así, por favor descríbala:

Indique abajo su elección de proveedor(es) para cada día y las horas de cuidado solicitadas. Si usted está usando sólo un proveedor para todos los horarios solicitados, puede indicar el nombre del proveedor sólo una vez. Usted debe claramente mostrar cuál proveedor está solicitando para cada día y horario.

Días y horario de cuidado		Nombre y dirección del proveedor para el niño #5
Lunes	De ____ a ____	
	De ____ a ____	
Martes	De ____ a ____	
	De ____ a ____	
Miércoles	De ____ a ____	
	De ____ a ____	
Jueves	De ____ a ____	
	De ____ a ____	
Viernes	De ____ a ____	
	De ____ a ____	
Sábado	De ____ a ____	
	De ____ a ____	
Domingo	De ____ a ____	
	De ____ a ____	

## SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES SOBRE BENEFICIOS DE CUIDADO DE NIÑOS

La elegibilidad para beneficios de cuidado de niños se establecerá después de que esta forma, JFS 01138 "Solicitud de Cuidado de Niños", se llene y presente ante el Departamento del Trabajo y Servicios a la Familia del Condado (CDJFS por sus siglas en inglés) en el condado donde usted reside. La elegibilidad para beneficios de cuidado de niños se determinará dentro de 30 días a partir de la fecha en que el CDJFS reciba su solicitud. Usted debe completar el proceso de solicitud y presentar todos los documentos de apoyo. Si su solicitud es aprobada y usted es elegible para beneficios de cuidado de niños, el CDJFS puede pagar por los servicios de cuidado de niños proporcionados a partir de la fecha en que el CDJFS recibió su solicitud. Si su solicitud es denegada, usted tendrá que pagar a cualquier proveedor de cuidado de niños cuyos servicios usted haya utilizado desde la fecha en que el CDJFS recibió su solicitud.

Su elegibilidad y el monto de su copago se determinarán con base en el tamaño de su familia, ingreso mensual, participación en empleo/capacitación/educación y documentos de un plan de caso de los servicios de protección a niños. El cuidado de niños puede proporcionarse sólo para niños menores de 13 años, o menores de 18 si son elegibles por necesidades especiales o cuidado de protección a niños.

Usted tiene la responsabilidad de presentar información completa y exacta acerca de usted y los miembros de su familia. Usted debe presentar una solicitud escrita y todos los documentos necesarios, incluyendo pruebas de ingreso y horas de trabajo y/o capacitación. Las fuentes de ingreso pueden incluir salarios, sueldos, propinas, comisiones, bonos, beneficios de jubilación, beneficios de seguro social, compensación por desempleo, compensación a los trabajadores, dividendos, interés, pensión alimenticia, soporte de niños, ayuda en efectivo de Ohio Works First (OWF por sus siglas en inglés) e ingresos por trabajo independiente. Cada seis meses, se requiere que el CDJFS complete una revisión de su caso, lo cual puede resultar en un cambio en sus beneficios de cuidado de niños.

Usted debe usar el cuidado de niños sólo para los niños que son elegibles y sólo durante las horas y días que estén autorizados por el CDJFS. El cuidado de niños es para usarse sólo durante horas de trabajo/capacitación/educación y tiempo adicional para viajar y otras circunstancias especiales aprobadas por el CDJFS.

**Usted debe reportar al CDJFS cualquier cambio que afecte su elegibilidad para cuidado de niños, incluyendo un cambio en el ingreso familiar, cambio en el horario de trabajo/capacitación/educación, cambio en el tamaño de la familia, cambio en las edades de sus hijos y cambio de dirección. Dichos cambios deberán reportarse dentro de DIEZ DÍAS a partir de la fecha en que ocurra el cambio. El fraude en el cuidado de niños es la retención o falsificación intencional de información o el mal uso de los servicios de cuidado de niños. No cumplir con este requisito de reportar puede considerarse como fraude y puede resultar en lo siguiente: 1) Devolución de pagos de cuidado de niños que usted haya recibido para los cuales no era elegible; 2) cancelación o negación de los beneficios de cuidado de niños; o 3) sanción de multa y/o encarcelamiento si es encontrado culpable de recibir en forma fraudulenta beneficios de cuidado de niños para los que no era elegible.**

Como una condición de elegibilidad, usted debe pagar al proveedor su copago mensual requerido por cuidado de niños. No pagar el copago puede resultar en la cancelación de sus beneficios de cuidado de niños. Usted perderá sus beneficios de cuidado de niños si su copago mensual excede el costo mensual de cuidado por el mes, o si usted no usa los servicios de cuidado de niños durante 31 días consecutivos.

Usted debe firmar la lista de asistencia de su proveedor de cuidado de niños verificando las horas y días de cuidado que le fueron proporcionadas durante el periodo de facturación. Podría requerirse que usted pague al proveedor por días de ausencia que excedan diez días por niño por cada periodo de seis meses que el niño reciba cuidado. Cada periodo de seis meses será del 1 de enero al 30 de junio y del 1 de julio al 31 de diciembre de cada año. No pagar al proveedor por días de ausencia que excedan diez días por hijo por cada periodo de seis meses puede resultar en la cancelación del cuidado por parte del proveedor.

Usted debe llenar el registro de salud de su hijo y proporcionar una copia al proveedor de cuidado del hijo para el primer día de asistencia. Su hijo debe estar vacunado como lo requiere el Departamento de Salud de Ohio. El cuidado de niños no puede proporcionarse cuando haya un cuidador en el hogar que pueda cuidar al niño. Se necesita una declaración de un doctor para verificar cuando un cuidador no tenga la capacidad de ofrecer el cuidado.

No reintegrar completamente al CDJFS el pago en exceso por cuidado de niños que se determine como fraude, o no hacer o no cumplir con un convenio con el CDJFS para reintegrar un pago en exceso por cuidado de niños causado por un error suyo o error de la agencia causará la cancelación de los beneficios de cuidado de niños. La inelegibilidad para beneficios de cuidado de niños continuará mientras: **1)** no pague al CDJFS la deuda por un pago excesivo por cuidado de niños como resultado de un fraude; o **2)** que usted no haga o no cumpla con un convenio con el CDJFS para reintegrar el pago excesivo por cuidado de niños causado por un error suyo o un error de la agencia.

Usted tiene derecho a una plática informal con su CDJFS. Si se cometió un error, puede corregirse. Si usted no está satisfecho con el resultado de la plática con el condado, todavía cuenta con una audiencia estatal. Junto con esta solicitud, a usted se le entregará la forma JFS 04059 "Explicación de Procedimientos para una Audiencia Estatal". Léala con cuidado para entender sus derechos a una audiencia y el proceso de la audiencia.

Usted tiene derecho a una audiencia estatal ante el Departamento del Trabajo y Servicios a la Familia si: **1)** su solicitud es denegada pero usted cree que es elegible; **2)** a usted no se le informó por escrito dentro de 30 días a partir de la fecha en que usted entrega su solicitud sea usted o no elegible para beneficios de cuidado de niños; **3)** usted no está de acuerdo con el tipo o monto de los beneficios; **4)** a usted no se le informó por escrito la razón por la que sus beneficios van a cambiar; **5)** usted no está de acuerdo con cualquier acción tomada por el condado. **Para tener una explicación completa de su derecho a una audiencia estatal y la forma de solicitar una audiencia estatal, vea la forma JFS 04059 que usted recibió con esta solicitud.**

**Por favor lea lo siguiente y, si está de acuerdo, firme abajo.**

Entiendo que esta solicitud se evaluará sin importar raza, color, ascendencia, sexo, edad, discapacidades, religión o país de origen. Declaro que según mi mejor saber y entender que las respuestas contenidas en esta solicitud son completas y correctas. Entiendo que la ley dispone una sanción de multa o encarcelamiento, o ambas, para quien sea encontrado culpable de aceptar ayuda para la cual no es elegible. Declaro bajo pena de perjurio que toda la información es verdadera y completa según mi mejor saber y entender.

Para presentar una queja por discriminación, escriba o llame al Departamento del Trabajo y Servicios a la Familia de Ohio a ODJFS - Agencia de Derechos Civiles, Director, Oficina de Derechos Civiles, 30 E. Broad St., Piso 37, Sala 506-F, Columbus, OH 43215, (614) 644-2703 (voz), 1-866-227-6353 (voz – sin costo), Fax: (614) 752-6381. O escriba o llame al Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos a HHS-Oficina de Derechos Civiles, 200 Independence Ave. SW, Washington, D.C. 20201, (202) 619-0403 (voz), 1-866-221-6700 (TTY), (202) 619-3257 (TDD).

Recibí una copia de mis derechos y responsabilidades y los he leído y los entiendo. Estoy de acuerdo en cumplir mis responsabilidades según se describen. Doy mi consentimiento a la agencia para hacer cualquier contacto necesario para determinar mi elegibilidad para ayuda y para verificar la información que he dado en esta solicitud. Entiendo que al firmar abajo estoy dando permiso al CDJFS para que tenga acceso a la información disponible en el Sistema de Apoyo de Rastreo de Aplicabilidad (Support Enforcement Tracking System, SETS por sus siglas en inglés) para verificar mi ingreso de manutención de menores.

He recibido una explicación completa con respecto a los requisitos para determinar elegibilidad, las razones por las que podría no ser elegible, mi derecho a una audiencia estatal, mi responsabilidad de reportar cambios al CDJFS y la sanción, incluyendo una posible demanda civil o consignación judicial, por la retención o falsificación intencional de información o el mal uso de beneficios de cuidado de niños.

Firma del solicitante	Fecha
Firma de la persona que ayudó a llenar esta solicitud	Fecha

**Por favor note: El solicitante debe recibir una copia de la sección de derechos y responsabilidades de esta solicitud.**